PSYCHOTERAPIA 4 (127) 2003

Anna Citkowska-Kisielewska, Jerzy Aleksandrowicz

ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYJNE — PSYCHOPATOLOGIA I LECZENIE[1]

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER — PSYCHOPATHOLOGY AND THERAPY

Katedra Psychoterapii CM UJ w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. Jerzy Aleksandrowicz

obsessive-compulsive disorder
psychotherapy effects

Autorzy przedstawiają wiele argumentów za uznaniem niejednorodności wyżej wymienionej grupy zaburzeń sklasyfikowanej w ICD-10. Zwracają uwagę na niuanse obrazu psychopatologicznego pozwalające klinicyście dokonać pełniejszej diagnozy i do niej dostosować metody terapeutyczne. Praca opiera się na wstępnych wynikach badań własnych na grupie 62 chorych leczonych z powodu zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych.

Summary: The analysis of literature and our own studies (preliminary results) point to the heterogeneity of the group of patients with diagnosis of obsessive-compulsive disorder. Differences can be seen amongst others, in specific characteristics of the symptoms. Groundless formulation of experimental groups on the basis of the diagnosis based on ICD-10 categories may explain discordant results of studies of effectiveness of psycho- and pharmacotherapy. Most likely psychotherapy is more effective than pharmacotherapy in the neurotic type of the disorder, pharmacotherapy – when obsessive-compulsive symptoms have a biological basis. The last one may state a dysfunction of neurotransmission (which is an indication for pharmacological treatment) or anatomical changes, for example intracranial tumours. It seems that only such changes entitle the consideration of neurosurgical intervention.

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne jest obecnie przedmiotem szczególnego zainteresowania ze względu na propozycje terapii neurochirurgicznej. Jest to jednym z powodów potrzeby weryfikacji poglądów, dotyczących specyfiki i patomechanizmów tego zaburzenia oraz wskazań do leczenia.

W klasyfikacji ICD-10 pojęcie „zespół natręctw" zostało zastąpione „zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym" i zaliczone do zaburzeń nerwicowych (w DSM-IV do zaburzeń lękowych). Jego „istotną cechą są nawracające myśli natrętne (obsesje) lub czynności przymusowe (kompulsje)...", pojawiające się „w sposób stereotypowo nawracający",

[1] Na podstawie referatu wygłoszonego na III Ogólnopolskiej Konferencji „Badania nad lękiem" Toruń, 13-15.06.2003 r.

„przeżywane niemal zawsze z uczuciem przykrości" — głównie dlatego, że ich treść jest agresywna, obsceniczna lub bezsensowna, ale też ze względu na ich upośledzający wpływ na różne aspekty funkcjonowania i aktywności. Rozpoznaje się je jako własne, mimo że są mimowolne i często budzą sprzeciw. Przeżyciom i zachowaniom mającym jakość natręctw towarzyszy poczucie konieczności poddawania się im, przymusu, niemożności przeciwstawienia się — chociaż zarazem podejmowanie prób takiego przeciwstawiania się przynajmniej jednej myśli natrętnej lub impulsowi jest właśnie jednym z wiodących kryteriów diagnostycznych [1]. Natręctwom towarzyszy napięcie i lęk, niekiedy wyrażające się objawami autonomicznymi, przeżycia o charakterze depersonalizacji, objawy hipochondryczne itp. [1, 2, 3].

Myśli natrętne, zwłaszcza w początkowych fazach choroby, silnie korelują z objawami depresyjnymi. Objawy te są rzadsze w przewlekłych niż w ostrych postaciach zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Z drugiej strony, w zaburzeniach afektywnych — szczególnie w epizodach zaostrzenia się nawracających zaburzeń depresyjnych — bardzo często pojawiają się myśli natrętne i ruminacje. Uzasadnia to hipotezy włączające zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne do tzw. spektrum zaburzeń afektywnych [4]. Podobnie jak w przypadku schizofrenii, zespołu Gilles de la Tourette czy w zespołach psychoorganicznych, także w zaburzeniach afektywnych przeżycia o charakterze natręctw uznaje się za „część obrazu klinicznego tych schorzeń".

Alternatywą dla tego sposobu wyjaśniania koincydencji natręctw z innymi objawami jest przyjmowanie możliwości współwystępowania dwóch niezależnych zaburzeń — zwłaszcza afektywnego i obsesyjno-kompulsyjnego [5, 6]. Podobnie jak pierwsza z hipotez, skłania to do promowania farmakoterapii chorych na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne kolejnymi generacjami środków stosowanych w zaburzeniach afektywnych.

Założenia i związane z nimi kryteria diagnostyczne ICD-10 budzą jednak wiele wątpliwości. ICD-10 klasyfikuje zaburzenia psychiczne ograniczając się do opisu ich dostrzegalnych aspektów — przede wszystkim objawów. Opisy te „nie mają implikacji teoretycznych i nie pretendują do miana wyczerpujących ustaleń, odzwierciedlających aktualny stan wiedzy o zaburzeniach". Autorzy ICD-10 twierdzą, że „Zamiast dychotomii nerwice — psychozy, obecnie zaburzenia pogrupowano odpowiednio do pokrewieństwa ich zasadniczej tematyki i opisowego podobieństwa, co zwiększa wygodę ich używania". Nie jest to więc klasyfikacja chorób, lecz „zaburzeń", a ten „nieścisły termin [...] używany jest tu celem wskazania na istnienie układu klinicznie stwierdzanych objawów lub zachowań połączonych w większości wypadków z cierpieniem i z zaburzeniem funkcjonowania indywidualnego"[1].

Takie założenia, pozornie logiczne i odpowiadające świadomości ograniczenia naszej wiedzy psychopatologicznej, zdaniem wielu klinicystów prowadzą jednak wyłącznie do trudności diagnostycznych i nieporozumień. Tym bardziej że — jak pisze Sartorius we wstępie do ICD-10 — „kryteria klasyfikacyjne wielu zaburzeń są wynikiem kompromisu przedstawicieli różnych kierunków i szkół". Trudno więc się dziwić, że takie kryteria słabo sprawdzają się w praktyce klinicznej. Poszukiwanie kompromisu między opiniami naukowców nie jest najlepszą drogą do odkrycia prawdy. Co gorsze, wyniki tych działań są, w przypadku ICD-10, wyjątkowo mało spójne. Kryteria opisowe mieszają się z etiopatogenetycznymi (np. klasa: „reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne"), kate-

gorie diagnostyczne nie są wyraźnie rozgraniczone, a różne warianty ICD-10 prezentują odmienne obrazy psychopatologii. Szczególnym curiosum są „wskazówki rozpoznawania zaburzeń psychicznych przez pracowników podstawowej opieki zdrowotnej" [7] — inne dla lekarzy, inne dla pozostałych pracowników opieki podstawowej. Rzeczywistość, jaką mają oni postrzegać, ma niewiele wspólnego z tą, którą mają dostrzegać i klasyfikować psychiatrzy — a przecież chodzi o te same choroby, nawet o tych samych chorych.

Mimo podkreślania, że ICD-10 nie jest zbiorem opisów jednostek chorobowych, mimo że opisując zasady tej klasyfikacji wprost, wskazano jej główny cel: ułatwienie powszechnej statystyki medycznej (a nie próbę uporządkowania wiedzy o zaburzeniach psychicznych), mimo że w różnych wariantach ICD-10 wprost wskazuje się na jej instrumentalne i wyłącznie administracyjne znaczenie, jest ona powszechnie traktowana jak obowiązujące podręczniki współczesnej psychopatologii. Sugestia, że ta klasyfikacja opisuje współczesny stan wiedzy, wiąże się zarówno z zawartymi w tekście sformułowaniami mówiącymi o „wskazówkach diagnostycznych" czy „wiarygodnym rozpoznaniu", jak i z oczekiwaniem otrzymania od WHO informacji o postępach nauk medycznych. Konsekwencją tego nieporozumienia są mało trafne diagnozy i — co gorsza — błędne decyzje terapeutyczne. Dotyczy to, między innymi, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Być może reakcją na nieadekwatność klasyfikacji ICD-10 są próby innych sposobów porządkowania i powiązania zaburzeń psychicznych, wyrażające się we wprowadzaniu takich pojęć, jak np. „spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych" [4, 8, 9]. Nie mogą one jednak odegrać większego znaczenia w rozwoju wiedzy, chociażby ze względu na narzucenie obowiązku posługiwania się „oficjalnym" językiem psychiatrii.

Można domniemywać, że rozwiązania proponowane przez współczesne systemy klasyfikacyjne są wyrazem nihilizmu poznawczego, przeświadczenia, że nie da się opisać i zrozumieć fenomenu zaburzeń psychicznych. Tłumaczyłoby to preferowanie tworzenia siatki pojęciowej wyłącznie w celu umożliwienia komunikacji między psychiatrami a innymi pracownikami opieki zdrowotnej, w miejsce prób możliwie trafnego i adekwatnego nazywania tych zaburzeń. Rezygnacja z takich prób ma jednak poważne konsekwencje praktyczne — takie, jak np. wspomniane propozycje neurochirurgicznego leczenia chorych na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne wówczas, gdy zawodzą psychoterapia i farmakoterapia.

Już samo wprowadzenie określenia „zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne" sugeruje istnienie takiego (i to jednego, homogennego) zaburzenia, wg ICD-10 należącego do grupy zaburzeń nerwicowych. Pozornie, zaliczanie natręctw do tej grupy wydaje się słuszne. Prawdopodobnie większość chorych, u których obsesje i kompulsje dominują w obrazie zespołu objawów, cierpi z powodów określanych jako „nerwicowe" („psychogenne"). Co więcej, u chorych na rozmaite inne (wg kryteriów ICD-10) zaburzenia nerwicowe, również występują natrętne myśli i czynności, okresami nawet o znacznym nasileniu. Nie jest jednak równie oczywiste, że jest to tylko jedno zaburzenie i że zawsze objawy myśli i czynności natrętnych mają nerwicowy charakter.

Jak wynika z obserwacji klinicznych, bardzo wiele osób, u których rozpoznaje się zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, choruje na inne, niż nerwicowe, zaburzenia zdrowia [6]. Sprawia to, że stosunkowo często pojawiają się opinie o konieczności wyłączenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego z klasy „zaburzeń nerwicowych", a nawet o bezza-

sadności uznawania go za odrębną jednostkę klasyfikacyjną [10]. Być może słuszne jest przekonanie, że pojęcie „zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne" stało się workiem, w którym pomieszczono bardzo wiele różnych zaburzeń zdrowia, odmiennych w swojej istocie, chociaż podobnie się manifestujących. Prawdopodobnie to właśnie jest jedną z głównych przyczyn rozbieżności wyników analiz epidemiologicznych, a także trudności diagnostycznych i niepowodzeń terapeutycznych [11].

Trudność rozróżnienia między natrętną myślą czy czynnością mającą charakter objawu nerwicowego a pozornie takim samym objawem procesu psychotycznego z grupy schizofrenii czy zaburzeń nastroju jest oczywista. Jednak, nawet rezygnując z analiz jakości fenomenu nazywanego natręctwem (takich jak te, które niegdyś były przeprowadzane np. przez Jaspersa), trudno uznać grupę objawów kwalifikowanych jako „natręctwa" za jakościowo homogenną.

Na przykład czynności rytualne (skądinąd słabiej wiążące się z depresją niż myśli natrętne) są ewidentnie inną jakością od natrętnego unikania jakichś, nawet nie zagrażających, sytuacji. Niektóre z tych objawów — np. „magiczne obsesje" czy natrętne czynności w formie rytuałów (związane z cięższym przebiegiem zaburzenia [12]) — mają odmienną jakość od wielokrotnego sprawdzania prawidłowego wykonania jakiejś czynności mimo podobnego aspektu stereotypii.

Niestety, w miejsce introspekcyjnego docierania do takich szczególnych jakości, poprzez określanie podobieństw i różnic aktów psychicznych, skoncentrowano się na słowach języka, w jakim te przeżycia są wyrażane. W rezultacie zagubiły się subtelne, ale przecież niezmiernie istotne różnice np. między natrętnymi myślami o lękowych treściach a natrętnie pojawiającymi się reakcjami fobicznymi, stanami lękowymi, lękowymi oczekiwaniami, myślami nadwartościowymi i hipochondrycznymi czy natrętnymi myślami związanymi z obiektem specyficznej fobii.

Jeśli nawet uznać za zasadne konstruowanie takich pojęć, jak „obsesyjne fobie" czy „lęki natrętne", to trudno nie zauważyć, że sprowadzają one do wspólnego mianownika lęki, związane z przedmiotami często spotykanymi w otoczeniu, i stałą obecność obsesyjnych impulsów (np. agresywnych), wzbudzających lęk podmiotu [3, 6]. Dostrzeganie takich odmienności może okazać się użyteczne w diagnostyce różnicowej, podobnie jak np. spostrzeżenie, że perseweracje są na ogół związane z organicznym uszkodzeniem o.u.n. [10].

Być może słuszne były, obecne dawniej w psychopatologii, twierdzenia o różnicach między fenomenem ruminacji a zachowaniami o charakterze rytuałów, także między myśleniem magicznym a zjawiskiem natrętnie pojawiających się myśli i wynikających z nich kompulsji wykonywania czynności w jakimś określonym porządku, twierdzenia dotyczące roli sprzeczności między potwierdzeniem a zaprzeczeniem, istniejącej w fenomenie natrętnych wątpliwości, czy rozważania dotyczące doznania „przymusu" — np. rozróżnienie między przymusem uznania czegoś za prawdę a przymusem działania popędowego, między przymusem obecnym w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym a tym, który obserwujemy w zaburzeniach łaknienia [13] itp. Zagubiły się spostrzeżenia dotyczące różnicy między natrętnymi lękowymi wyobrażeniami powodującymi bierność a natrętnymi wątpliwościami powodującymi spowolnienie czy zaniechanie działań itp.

Jak się wydaje, tylko niektóre z fenomenów zaliczanych do obsesji i kompulsji mają

ewidentnie „nerwicową jakość". Skądinąd — jak wspomniano — takie natręctwa są obecne w różnych zaburzeniach nerwicowych, nie tylko w tych, w których formułuje się rozpoznanie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Natrętne myśli i czynności są elementem zespołu objawowego u prawie wszystkich (powyżej 80%) chorych na zaburzenia nerwicowe [14]. Podobnie jak inne nerwicowe zaburzenia czynnościowe, objawy te mogą przez jakiś czas dominować w obrazie klinicznym, ustępując następnie miejsca lękom fobicznym, lękowi uogólnionemu, objawom lękowo-depresyjnym czy zaburzeniom występującym pod postacią somatyczną (zwłaszcza zaburzeniu hipochondrycznemu) itp. Nic w tym niezwykłego — wszystkie zaburzenia nerwicowe, zwłaszcza te o znacznym nasileniu i ciężkim przebiegu, są na ogół zespołem rozmaitych dysfunkcji przeżywania, czynności narządów i zachowania, z których pewne wysuwają się okresowo na pierwszy plan (lub też są wybiórczo dostrzegane przez diagnostę).

Jeśli prawdą jest, mające już ponadwiekową historię, domniemanie, że objaw w zakamuflowany sposób informuje o obszarze bezradności chorego (jak każdy „znak", w szczególny, indywidualny sposób, wiążąc to, co oznaczane, z oznaczającym symbolem), trudno się dziwić, że zmiany zachodzące w obszarach bezradności chorego powodują zmianę w rodzaju objawów, także natręctw [12]. Przeciwnie, jej trwałość, powodowana np. jakąś specyficzną dysfunkcją osobowości, powoduje wieloletnie utrzymywanie się tych samych objawów [15]. Uporczywość zaburzenia i niezmienność obrazu natręctw nie może więc być jednoznacznym kryterium diagnostycznym i nie świadczy (jak to się często uznaje) np. o organicznym podłożu zaburzenia.

Zaburzenia nerwicowe są prawie zawsze związane z dysfunkcjami osobowości. W zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym szczególnie często opisywano cechy osobowości anankastycznej, obecnie dostrzega się także — nawet częściej niż cechy anankastyczne — cechy osobowości histrionicznej, zależnej, unikającej, schizoidalnej. Spostrzegano również, że wystąpieniu bądź nasileniu natręctw towarzyszy wyostrzenie elementów osobowości związanych z oceną, wartościowaniem, moralnością czy tendencją do utrzymywania porządku — usztywnienie struktury osobowości. Być może owa sztywność pełni funkcję przeciwwagi dla popędowości, dochodzącej do głosu w objawach, głównie w obsesjach.

U pacjentów z natręctwami często dostrzega się skrupulatność związaną z lękiem przed popełnieniem błędu, tendencję do lękowego przeżywania myśli, niepewność, lękliwość, ale też skłonność do irytacji i impulsywność. Być może z lękliwością właśnie związana jest tendencja do nieustannego zastanawiania się nad swoim działaniem, dostrzegana u niektórych chorych. Jest to podstawą poglądów podkreślających powiązania pomiędzy osobowością niepewną siebie, lękliwą, a występowaniem natrętnych myśli i czynności. Skrupulatność, związana ze sztywnością norm i wynikającym z niej poczuciem obowiązku, widoczna u niektórych pacjentów w ich stosunku do zadań, wykonywanej pracy, może być wyrazem nadmiernej kompensacji takiej niepewności [16, 17, 18].

Wiele obserwacji wskazuje, że rodzaj dysfunkcji osobowości ma związek z rodzajem natręctw. Dostrzega się to np. u pacjentów, u których obok natrętnych myśli występują objawy depresyjne. W ich osobowości często dominuje sztywność norm, wymagań, pociągająca za sobą tendencję do przeżywania poczucia winy. Podobnie, na istnienie takich związków wskazuje obserwacja, że natręctwa kontrastowe towarzyszą cechom agresywnym, natręctwa hipochondryczne cechom psychoinfantylnym, natrętne zaś wątpliwości

i czynności przymusowe psychastenicznym [10]. Te ostatnie można powiązać ze specyficzną oceną swojego postępowania, charakterystyczną dla psychasteników — poczuciem niedokończenia czynności[2]. Jak się wydaje, natrętne wyobrażenia częstsze są u osobowości histrionicznych, a natrętne myśli u chorych o cechach anankastycznych. Może to wskazywać na powiązania między rodzajem objawów a specyfiką bezradności, powodowanej przez takie cechy osobowości. Zarazem może to tłumaczyć rozbieżności, a nawet sprzeczności opisów cech osobowości pacjentów cierpiących z powodu natręctw.

Konsekwencją osobowościowo uwarunkowanej bezradności bywa powstawanie — opisywanego już przez Kretschmera — kontrastu między sferą seksualną a wymaganiami etycznymi. Jest to zjawisko stosunkowo często spotykane u chorych na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Wprawdzie w ostatnich dziesięcioleciach seksualność uzyskała kulturową legitymizację, nie oznacza to jednak ustąpienia okoliczności, powodujących lęk przed manifestacjami popędu seksualnego. Popędowość ograniczana zewnętrznymi zakazami może się realizować mimo, a nawet wbrew tym zakazom, jeśli tylko osobowość wyposażona jest w odpowiednie mechanizmy radzenia sobie. Niezmiernie jednak często, dziś tak samo jak w końcu XIX wieku, gdy Freud formułował swoje tezy, wychowanie kształtuje schematy poznawcze będące źródłem poczucia winy za przejawy potrzeb seksualnych — prowadząc do zaburzeń osobowości, będących przyczyną bezradności w tej sferze życia.

Obecnie konflikty w tej sferze często wyrażają się w natrętnych myślach i czynnościach związanych z brudem i czystością, w natrętnych myślach o możliwości zarażenia się AIDS (często mających zarazem wymiar fobii i zaburzenia hipochondrycznego), a także w myślach bluźnierczych czy o treściach seksualnych. Ich istnienie tłumaczy też przymus wykonywania czynności zmniejszających poczucie winy oraz, częste u pacjentów z objawami natręctw, zakłócenia rozwoju życia seksualnego [10].

W objawach myśli bluźnierczych szczególnie wyraźnie można dostrzec przejawy konfliktu między popędowością a zakazami wynikającymi ze sztywnych norm i ograniczeń związanych z życiem seksualnym. Konflikt ten jest często wspierany przez lęk przed utratą miłości i szacunku ważnych osób, od których pacjent jest zależny. Zależność ta przejawia się m.in. w tendencji do pozornego podporządkowywania się innym. Często wiąże się z nią silna ambiwalencja pomiędzy przeżywaniem miłości i nienawiści, zarówno wobec otoczenia, jak i wobec siebie samego. Ambiwalencja taka ujawnia się np. w pozornie pełnym dystansu stosunku do otoczenia; często odsłania ją proces psychoterapeutyczny.

Na znaczną obecnie częstość nerwicowych myśli i czynności natrętnych mających bluźnierczy charakter [19], jak się wydaje, wpływa nie tylko stanowisko Kościoła wobec seksualności, lecz także powszechność akceptacji agresji. Być może natręctwa mające za treść lęk przed przejawieniem agresji (lub ukrywające takie treści) rodzą się u osób, które nie poddały się z jakiegoś powodu tej współczesnej, kulturowej legitymizacji brutalności i asertywności. Skądinąd cytowana wcześniej definicja zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego sugeruje, że większość chorych na to zaburzenie nie akceptuje swojej agresji, a treść natręctw wskazuje, że mają one zapobiegać, np. wyrządzeniu krzywdy sobie lub komuś.

Częstym objawem u pacjentów z zespołem natręctw, także u tych z myślami bluźnier-

[2] P. Janet.: Les obsessions et la psychasténie. (O natręctwach i psychastenii.) 1903 r.

czymi, jest kompulsywne sprawdzanie urządzeń, własnych działań czy myśli, sprawiające wrażenie dążenia do uzyskania kontroli nad jakąś nieopanowaną częścią „ja". Motyw kontroli, lub też przeciwnie — jej braku, można odnaleźć nie tylko w natrętnym sprawdzaniu, ale też w powtarzaniu czynności, przymusie odliczania, porządkowania, gromadzenia związanego z lękiem przed wyrzuceniem czegoś, co może się okazać potrzebne czy ważne itp. Szczególnie wyraźnie potrzeba uzyskania kontroli nad własnymi przeżyciami ujawnia się w czynnościach rytualnych, w których rytuał ma przywracać „utracone" poczucie kontroli, równocześnie odsuwając niepokój.

Natrętne myśli i czynności, których treścią jest porządkowanie, związane z niemożnością zaakceptowania jakiegokolwiek braku symetrii i porządku w otoczeniu, często ujawniają zarówno bezradność w sytuacji „nieuporządkowanego życia", jak i sztywny system norm i wymagań wobec siebie samego. Wystąpienie takich objawów bywa efektem zburzenia dotychczasowego porządku w życiu, np. przez okoliczności zmuszające do zmiany zawodu lub stylu życia przez jakieś tragiczne wydarzenie. Mogą one mieć wówczas charakter zaburzenia reaktywnego, związanego ze stresem lub trudnościami adaptacji. Wydaje się, że często stwarza to pozór pojawienia się zespołu natręctw po okresie „depresji", w rzeczywistości będącej reakcją żałoby, i prowadzi do bezpodstawnego wiązania natręctw z zaburzeniem afektywnym.

Nerwicowe zespoły natręctw często łączą się z obniżeniem nastroju, wiązanie ich z zaburzeniami afektywnymi wydaje się jednak uleganiem pozorom. Sama obecność natręctw, bardziej niż jakichkolwiek innych objawów nerwicowych, uzasadnia przeżywanie złości na siebie i przygnębienia, związanego z poczuciem winy. Być może właśnie dlatego tak często obserwuje się, że nasileniu natręctw towarzyszy nasilenie objawów depresyjnych. Obecność natręctw, zwłaszcza przeżywanie przymusu, uzasadnia także epizody napadów lęku przed utratą kontroli nad swoim zachowaniem oraz lękowe zamartwianie się, takie samo, jakie występuje w zaburzeniu lękowym uogólnionym.

Nie ma więc wystarczających podstaw do domniemania, że nerwicowe zespoły natręctw mogą być skuteczniej leczone farmakologicznie niż prawidłowym postępowaniem psychoterapeutycznym [20]. O takie — prawidłowe, a w konsekwencji skuteczne — postępowanie terapeutyczne jest jednak szczególnie trudno wówczas, gdy pomaganie pacjentowi wymaga od psychoterapeuty niezależności od powszechnych (a nieraz przy tym uznawanych za własne) postaw i wartości. Być może jest to jednym z czynników wpływających na niewielką efektywność psychoterapii w leczeniu tego zaburzenia.

Nie zachwycają jednak również informacje o efektywności farmakoterapii. Poprawy objawowe są zazwyczaj krótkotrwałe, u bardzo wielu pacjentów nie dochodzi do zmniejszenia dolegliwości, a nawet następuje pogorszenie. Trudno więc — na podstawie istniejącego piśmiennictwa — rzetelnie ocenić skuteczność leków przeciwdepresyjnych czy SSRI w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym.

Być może znaczna częstość niepowodzeń terapeutycznych w grupach, będących przedmiotem obserwacji klinicznych (około 40% „non-responders"), wynika z niehomogenności tych grup. Prawdopodobnie odsetek chorych, których natręctwa mają charakter zaburzenia nerwicowego, obniża szacunki efektywności leków. To właśnie tacy pacjenci nie reagują na podanie leku lub też uzyskują jedynie chwilowe efekty typu placebo [6, 21, 22]. Wiele obserwacji kazuistycznych, a także informacje o podobnej (przynajmniej pozornie) skuteczności leków o bardzo różnych mechanizmach działania, wskazują na

zasadność tego przypuszczenia [22].

U chorych, którzy uzyskują znaczące korzyści z farmakoterapii, można domniemywać istnienie biologicznych mechanizmów etiopatogenezy objawów natręctw. Przemawia za tym między innymi większa częstość zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u krewnych pierwszego stopnia, stwierdzona w rodzinach tych chorych [21].

Jak wynika z badań Winida, zakłócenia funkcji mózgu w populacji chorych na to zaburzenie są bardzo częste. W obserwowanej przez niego grupie, aż u ok. 50% chorych stwierdzano patologiczne EEG, u wielu cechy „charakteropatii", a u 10% organiczne uszkodzenia o.u.n. [10]. Mogą to być procesy zanikowe, rozrostowe. Zaburzeń takich nie należy oczywiście utożsamiać z dysfunkcjami w obszarze aktywności struktur lub ich połączeń (sieci neuronalnych), stwierdzanymi np. za pomocą technik obrazowania funkcji o.u.n. [5]. Za czynnościowym charakterem takich zmian przemawia znaczna labilność tej aktywności, nawet jej normalizacja w wyniku psychoterapii [6].

Mimo niejednoznaczności wyników badań dotyczących podłoża neurochemicznego (np. w odniesieniu do „teorii serotoninowej") [22] i efektów farmakoterapii mającej korygować zakłócenia neurotransmisji (zwłaszcza funkcje poznawcze), obecnie uważa się, że właśnie farmakoterapia jest najbardziej skuteczną z form leczenia, jaką można zaproponować chorym na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Coraz częściej jednak spotyka się opinie, że jej efektem jest głównie poprawa jakości życia, często nie wiążąca się z poprawą objawową [23].

Podobnie — jak się wydaje — należy interpretować wyniki psychoterapii chorych na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Ogromne różnice częstości uzyskiwania korzystnych efektów leczenia również mogą wynikać z niejednorodności leczonych grup.

Niektóre doniesienia wskazują na znaczną skuteczność psychoterapii — np. Winid informuje o uzyskaniu poprawy aż u 76% leczonych [10]. Nawet krótkotrwała grupowa psychoterapia może doprowadzić do istotnego zmniejszenia nasilenia objawów natręctw oraz wzmocnienia lub uruchomienia dojrzałych mechanizmów obronnych [24]. Za celowością stosowania psychoterapii u pacjentów z objawami natręctw przemawiać ma także dłuższe utrzymywanie się stanu poprawy, po zakończeniu takiego leczenia, niż w przypadku farmakoterapii [20]. W piśmiennictwie dominuje jednak sceptycyzm i przeświadczenie, że psychoterapia przynosi korzyści tylko niewielu pacjentom — odsetki tych, którzy nie uzyskali poprawy, są podobne do odnotowanych w badaniach skuteczności farmakoterapii.

Aktualnie większość badań oceniających skuteczność psychoterapii u pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego odnosi się do metod behawioralnych — takich jak ekspozycja i powstrzymywanie reakcji (ERP) — które mają prowadzić do ustąpienia lub istotnej redukcji objawów, przede wszystkim rytuałów, poprzez zmniejszenie nasilenia mechanizmu „odczyniania" u pacjentów, u których dominują natrętne czynności [24]. Techniki poznawcze okazują się skuteczniejsze w przypadku występowania natrętnych myśli [20, 25]. Związek efektów psychoterapii z rodzajem objawów natręctw dostrzegaliśmy także w naszych badaniach — okazała się ona skuteczniejsza w leczeniu natrętnych myśli o treściach agresywnych i seksualnych niż natrętnych czynności. W piśmiennictwie zgodnie podkreśla się, że psychoterapia natręctw wymaga szczególnej umiejętności elastycznego podejścia do chorego i rozumienia jego specyficznych trudności, związanych ze znalezieniem się w sytuacji terapeutycznej, często sprawiających wrażenie oporu [26].

Prezentowane poniżej fragmenty wyników badań, których celem jest analiza psychopatologii zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, dotyczą oceny efektów leczenia.

Materiał badawczy stanowiła dokumentacja 62 chorych, 32 kobiet i 30 mężczyzn, w wieku od 19 do 58 lat, leczonych w okresie 1990-2003 na oddziałach dziennych przez 5 lub przez 3 dni w tygodniu. Intensywna terapia kompleksowa — to przede wszystkim psychoterapia grupowa (3 godziny dziennie) wspierana psychoterapią indywidualną, co najmniej jedną sesją tygodniowo, i farmakoterapią, stosowaną zależnie od potrzeb pacjenta. Psychoterapia oparta jest na zasadach podejścia integracyjnego, w którym dominują elementy psychodynamiczne i poznawcze, przy założeniu stosowania ich zależnie od dostrzeganej problematyki powodującej formowanie się zaburzeń. Leczenie trwa średnio 10 tygodni, w czasie których pacjent uczestniczy w ok. 160 sesjach psychoterapii.

W badaniach tych ocenialiśmy między innymi efekty takiej intensywnej psychoterapii i wpływ wspierania jej farmakoterapią (głównie Anafranil — u 21%, oraz SSRI — u 13% całej grupy chorych). Częstość uzyskiwania poprawy objawowej u chorych, u których nie stwierdzano żadnych śladów uszkodzenia organicznego, porównano z wynikami leczenia tych chorych, u których testy psychoorganiczne (Bender, Benton, Graham-Kendall) i inne badania (np. EEG) wykonane przed przyjęciem do leczenia wskazywały na istnienie takich zmian.

Efekty leczenia oceniano porównując wyniki pomiarów za pomocą kwestionariusza objawowego „O" (Ogólna Wartość Kwestionariusza) i testu 16 PF Cattella (Wskaźnik Dezintegracji Nerwicowej) przed leczeniem z wynikami takich pomiarów wykonanych w dniach kończenia leczenia na oddziałach dziennych. Kategorie zmian (wyleczenie, znaczna poprawa, niewielka poprawa, brak zmian, niewielkie pogorszenie i znaczne pogorszenie) określano zgodnie z zasadami, opublikowanymi w 1989 roku [27]. W porównaniach wyników między podgrupami posługiwano się testami istotności dla różnicy między dwoma wskaźnikami struktury z pakietu Statistica wersja 5.0, przyjmując za istotne statystycznie $p<0,05$.

Pilotowe wyniki analizy efektów leczenia w zakresie zmian objawowych przedstawiono w tabeli 1.

Wynikająca z tej tabeli informacja o częstszym leczeniu pacjentów bez zaburzeń organicznych ma ograniczoną wartość, z powodu czynnika selekcji w toku kwalifikacji do terapii. Okazuje się jednak, że — mimo rezygnacji z leczenia pacjentów, wymagających szczególnych warunków terapii, np. ze względu na nasilenie zaburzeń — tylko 60% leczonej populacji można uznać za przypadki niewątpliwych zaburzeń nerwicowych, w których nie ma podstaw do przyjęcia podłoża organicznego. Okazuje się także, że w tej podgrupie częstość dość dużych korzystnych zmian objawowych jest znacznie większa, a częstość pogorszeń mniejsza niż w podgrupie osób, u których stwierdzono zmiany organiczne (różnica na granicy istotności statystycznej 0,05).

Dołączenie farmakoterapii znacznie rzadziej miało swój udział w uzyskiwaniu poprawy objawowej w podgrupie bez zmian organicznych niż w podgrupie osób, u których stwierdzono takie zmiany. Zarazem, farmakoterapia nie zapobiegała pogorszeniom u chorych ze zmianami organicznymi o.u.n. (Skądinąd, nie zapobiegała ona także pogorszeniom u pacjentów bez zmian w testach organicznych.) Natomiast brak zmian objawowych i porzucanie leczenia były podobnie częste wśród osób wolnych od zaburzeń organicznych i tych, u których stwierdzono takie zmiany.

Zmiany osobowości, zachodzące w wyniku leczenia w oddziałach dziennych przed-

Kategoria zmiany objawowej	A Bez zmian organicznych w n.u.n.	B Zmiany organiczne w n.u.n.	Istotność statystyczna różnicy między A i B	C Formułowanie rozpoznania w grupie A	D Formułowanie rozpoznania w grupie B	Istotność statystyczna różnicy między C i D	Ilo
Znaczna poprawa i wyleczenie	18,4%	9 (37,5%)	p=0,050	11 (42,3%)***	7 (77,7%)	n.s.****	1
– w tym wyleczenie	23 (88,5%)	9 (37,5%)	n.s.	9 (38,1%)	7 (77,7%)	n.s.	1
Niewielka poprawa	3 (7,0%)	5 (20,8%)	n.s.	1 (33,3%)	2 (40%)	n.s.	3
Bez zmian	1 (2,0%)	1 (4,2%)	n.s.	0	1 (100%)	n.s.	
Pogorszenie – niewielkie lub znaczne	3 (7,0%)	5 (20,8%)	n.s.	1 (33,3%)	5 (100%)	p<0,05	
Brak danych*	5 (13,2%)	4 (16,7%)	n.s.	4 (80%)	0	n.s.	4
Razem	38 (61,3%)***	24 (38,7%)	p<0,05	17 (44,7%)	15 (62,5%)	n.s.	3

* najczęściej — porzucanie (przerwanie) leczenia

** odsetki osób otrzymujących leki określano przyjmując za 100% liczebność w odpowiednich kategoriach zmiany

*** odsetek całej badanej grupy

**** n.s. — nieistotne statystycznie

Kategoria zmiany osobowości	A bez zmian organicznych w o.u.n.	B zmiany organiczne w o.u.n.	Istotność statystyczna różnicy między A a B	C Farmakoterapia w grupie A	D Farmakoterapia w grupie B	Istotność statystyczna różnicy między C a D	Istotność statystyczna różnicy między A a B
Znaczna poprawa i wyleczenie	110 (20,7%)	9 (61,5%)	n.s.	40 (64,4%)**	5 (35,5%)	n.s.	[illegible]
– w tym wyleczenie	9 (83,1%)	6 (65,7%)	n.s.	3 (33,3%)	2 (33,3%)	n.s.	[illegible]
Niewielka poprawa	20 (21,1%)	2 (13,3%)	n.s.	3 (31,5%)	2 ([illegible]%)	n.s.	[illegible]
Bez zmian	31 (11,5%)	3 (18,5%)	n.s.	2 (66,1%)	3 ([illegible]%)	n.s.	[illegible]
Pogorszenie – niewielkie lub znaczne	51 (18,3%)	1 (4,2%)	n.s.	10 (20,7%)	1 ([illegible]%)	n.s.	[illegible]
Brak danych*	110 (20,7%)	9 (61,5%)	n.s.	1 (33,6%)	4 (44,8%)	n.s.	1[illegible]
Razem	530	24	p=0,05	71 (44,1%)	16 (62,5%)	n.s.	[illegible]

* najczęściej — braki w dokumentacji, także porzucanie (przerwanie) leczenia

** odsetki osób otrzymujących leki określano, przyjmując za 100% liczebność w odpowiednich kategoriach zmiany

stawiono w tabeli 2

Jak wynika z tej tabeli, obecność lub nieobecność zmian organicznych wydaje się mieć niewielkie znaczenie w uzyskiwaniu korzystnych zmian osobowości. Odsetki przypadków, w których stwierdzano takie zmiany, są zbliżone, niezależnie od stosowania lub niestosowania farmakoterapii, podobnie jak częstość pogorszeń i braku zmian. Brak danych o zmianach osobowości aż 20 pacjentów (32%) ogranicza możliwości interpretacji, wydaje się jednak zaskakująca znaczna częstość korzystnych zmian osobowości w podgrupie B (równa częstości korzystnych zmian objawowych). Mniej dziwi niewielki wpływ farmakoterapii na częstość zmian osobowości (w obu podgrupach).

Omówienie wyników

Jak się wydaje, przedstawione powyżej wyniki potwierdzają, że zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne rozpoznawane jest w co najmniej dwóch okolicznościach — powstania objawów o charakterze nerwicowym i podobnych objawów, związanych z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, wyrażającym się przynajmniej w wynikach „testów organicznych".

Efekty leczenia w tych dwóch grupach, określane zmianą nasilenia i występowania objawów, wskazują na większą podatność na psychoterapię tych chorych, u których nie stwierdzono zmian organicznych i na istotny wpływ farmakoterapii w leczeniu chorych, u których stwierdzono takie zmiany. Cechy uszkodzenia o.u.n. wyrażające się w wynikach testów organicznych, stwierdziliśmy u ok. 39% grupy leczonych przez nas pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Objawowe efekty farmakoterapii wydają się w tej podgrupie lepsze (znaczną poprawę objawową można przypisać psychoterapii tylko u 2 z tych pacjentów) niż w przypadku zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego o charakterze nerwicowym (wyłącznie „psychogennym"). Nie stwierdzono zwiększenia prawdopodobieństwa poprawy objawowej w przypadku kojarzenia psychoterapii z farmakoterapią.

Dyskusja i wnioski

Z przeglądu piśmiennictwa dotyczącego badań psychopatologii i efektów terapii chorych na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, a także z własnych badań wynika konieczność rozróżniania przynajmniej trzech odmian tego zaburzenia, charakteryzujących się pewnymi subtelnymi odmiennościami zarówno obrazu klinicznego, jak i uwarunkowań etiopatogenetycznych. Zaburzenie nerwicowe, w którym myśli i czynności natrętne wysuwają się na pierwszy plan, jest tylko jedną z nich. Nie ma przy tym żadnych podstaw do przyjęcia, że występuje ono częściej niż inne odmiany zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Innym rodzajem zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego są zespoły natręctw, wynikające z zakłócenia neurotransmisji (np. w okresie poprzedzającym rozwój zespołu urojeniowego). U niektórych pacjentów przebieg zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego przypomina przebieg procesu schizofrenicznego [28]. (Jak się wydaje, w takich właśnie okolicznościach dostrzega się podobieństwo myśli natrętnych do urojeń.) Często taką formę zaburzenia określa się nazwą „pseudonerwicowa". Być może natrętne myśli i czynności pełnią wówczas funkcję mechanizmu radzenia sobie z globalną dysfunkcją, spowodowaną zakłóceniami

przewodnictwa.

Jak wynika z piśmiennictwa, właśnie chorzy z taką dysfunkcją dobrze reagują na środki korygujące neurotransmisję (podobne jak wielu chorych na zaburzenia afektywne). W opisywanych grupach osób z rozpoznaniem zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, leczonych rozmaitymi lekami psychotropowymi, chorzy ci stanowią najprawdopodobniej ok. 20% i to oni właśnie są najmocniejszym argumentem za celowością stosowania farmakoterapii w tym zaburzeniu.

Jeszcze czymś innym wydają się zespoły natręctw, będące wyrazem organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, np. jąder podstawy czy istniejących anomalii strukturalnych mózgu [29], powodujących wtórne zakłócenia funkcji mózgu. Wiedza o tych zakłóceniach jest jeszcze bardzo ograniczona, także niejasne są ich związki z powstawaniem objawów natrętnych [30, 31, 32]. Szczególne znaczenie przypisywane jest okolicom czołowym oraz ich połączeniom z innymi regionami o.u.n. [33, 34]. Badania w tym obszarze prowadzą do konceptualizacji objawów natrętnych myśli i czynności jako „zaburzenia dysfunkcji corticostriatalnej (korowo-prążkowiowej)"[25, 33]; zgodnie z tą koncepcją występowanie tych objawów ma wiązać się ze wzmożoną aktywnością w obszarach limbiczno-czołowo-podstawnych o.u.n. [30, 31,35, 36]. Trudno się przy tym oprzeć wrażeniu, że opisy dysfunkcji w zakresie komunikacji pomiędzy strukturami korowymi a limbicznymi są analogią opisu konfliktów pomiędzy popędowością a systemem norm, sferą emocji i „instynktów" a „intelektem" [37].

Również w takich zaburzeniach podstawowym leczeniem wydaje się jednak farmakoterapia, a nie psychoterapia. Oczywiście, jeśli przyczyną dysfunkcji o.u.n. są procesy zanikowe lub rozrostowe, trudno spodziewać się uzyskania tą drogą znacznych i trwałych zmian. W przypadku procesu zanikowego, nie można też liczyć na korektywne efekty postępowania neurochirurgicznego, mającego na celu zniszczenie sztywnych, patologicznych połączeń i przywrócenie plastyczności komunikacji neuronalnej [34].

Liczne badania, których przedmiotem są interwencje neurochirurgiczne w zaburzeniach psychicznych, ze względu na ich różne wyniki nie upoważniają do jednoznacznego określenia wskazań do tego rodzaju leczenia w przypadku zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Ograniczona skuteczność i liczne efekty uboczne takich interwencji nakazują szczególną ostrożność [31, 33, 38, 39, 40], zwłaszcza w przypadku diagnozy jedynie nazywającej rodzaj zaburzenia na podstawie dominujących objawów i nie uwzględniającej rozmaitości przyczyn powstawania natręctw.

Biorąc pod uwagę powyższe uwagi wydaje się oczywiste, że postępowanie psychochirurgiczne może być obecnie rozważane jedynie w odniesieniu do bardzo szczególnych przypadków zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Te szczególne okoliczności obejmują z pewnością proces nowotworowy czy stan po urazie czaszkowo-mózgowym, pozostałe wymagają indywidualnego rozpatrzenia uwarunkowań i charakteru objawów.

Nieskuteczność psychoterapeutycznych i farmakologicznych metod leczenia oraz przewlekły charakter objawów nie wydają się wystarczającymi argumentami do podejmowania działań neurochirurgicznych chociażby dlatego, że niepowodzenia mogą być (i jak się wydaje często bywają) skutkiem błędów diagnostycznych. W przypadku psychoterapii są one najprawdopodobniej także skutkiem błędnych kierunków leczenia, stwarzającego terapeutom, jak wspomniano, szczególne trudności. Mogą one być jednym z czynników, odpowiedzialnych za stosunkowo niewielką skuteczność (zwłaszcza w zakresie zmian

osobowości) leczenia na oddziałach dziennych. Będzie to przedmiotem dalszych badań. Wstępne wyniki wskazują już jednak na możliwość wybiórczego określania celowości psychoterapii lub farmakoterapii, zależnie od stwierdzania w obrazie klinicznym cech dysfunkcji neurotransmisji i uszkodzenia o.u.n.

Piśmiennictwo

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków—Warszawa: UMW „Vesalius", IPiN; 2000.
2. Aleksandrowicz JW: Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10). Kraków: Collegium Medicum UJ; 1997.
3. Kępiński A. Psychopatologia nerwic. Warszawa: PZWL; 1973, s. 58-76.
4. McElroy SL, Phillips KA, Keck PE Jr.Obsessive compulsive spectrum disorder. J. Clin. Psychiatr. 1994; 55 supl: 33-53.
5. Lopes AC, Soares KVS, Del Porto JA. Surgery for obsessive compulsive disorder. [Protocol] The Cochrane Library, 2003. Internet.
6. Rabe-Jabłońska J: Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Przew. Lek. 2003; 3: 121-126.
7. ICD-10. Zaburzenia psychiczne w praktyce podstawowej opieki zdrowotnej. Warszawa: IPiN; 1999.
8. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, Grados MA, Nestadt G: The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. Biol. Psychiatry 2000; 48, 4: 287-293.
9. Pacan P, Kantorska-Janiec M, Kiejna A. Trichotillomania. Psychiatr. Pol. 1998; 32, 6: 799-805.
10. Winid B: Zespół natręctw. (Praca habilitacyjna) Kraków, 1970. Biblioteka Medyczna CM UJ Kraków.
11. Stein MB, Forde DR, Anderson G, Walker JR. Obsessive-compulsive disorder in the comunity: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. Am. J. Psychiatry 1997; 154, 8: 1120-1126.
12. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. Arch. Gen. Psychiatry 1999; 56, 2: 121-127.
13. Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF. The relation between eating disorders and components of perfectionism. Am. J. Psychiatry 2003; 160, 2: 366-8.
14. Aleksandrowicz JW: Częstość występowania objawów nerwicowych. Psychiatr. Pol. 2000; 34: 5-20.
15. Mataix-Cols D, Rauch SL, Baer L, Eisen JL, Shera DM, Goodman WK, Rasmussen SA, Jenike MA: Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. Am. J. Psychiatry 2002; 159, 2: 263-8.
16. Bogetto F, Barzega G, Bellino S, Maina G, Ravizza L: Obsessive-compulsive disorder and personality dimension: a study report. Eur. J. Psychiatry 1997; 11, 3:156-161.
17. Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN i in.: Standardized assessment of personality disorders in OCD. Arch. Gen. Psychiatry 1990; 47, 8.
18. Black DW, Yates WR, Noyes R i in.: DSM-III personality disorder in obsessive compulsive study volunteers: a controlled study. J. Personal. Dis. 1989; 3, 58-62.
19. Aleksandrowicz JW: Zmiany częstości występowania objawów nerwicowych. Psychiatr. Pol. 2001; 35, 3: 351-377.
20. Bryńska A, Wolańczyk T: Metody psychoterapeutyczne stosowane w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u dzieci i młodzieży. Psychiatr. Pol. 1998; 32, 6: 723-738.
21. Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. J. Clin. Psychopharmacol. 2001; 21, 5: 488-492.
22. Ackerman DL, Greenland S. Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive dosorder. J. Clin. Psychopharmacol. 2002; 22, 3: 309-17.
23. Tenney NH, Denys DA, van Megen HJ, Glas G, Westenberg HG: Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. Int. Clin. Psychopharmacol. 2003; 18, 1: 29-33.
24. Albucher R, Abelson J, Nesse RM. Defense mechanism changes in successfully treated patients with obses-

sive-compulsive disorder. Am. J. Psychiatry 1998; 155, 4:558-559.

25. Silva P de, Rachman S. Nerwica natręctw. Warszawa: PWN; 1994.
26. Winid B: Uwagi o postępowaniu psychoterapeutycznym w nerwicy natręctw. Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol. 1962; t. XII, nr 6: 911-916.
27. Aleksandrowicz JW, Pawelec B, Sikora D. Model oceny efektów terapii nerwic — wskaźniki i kryteria zmian. Psychoter. 1989; 66, 1: 53-61.
28. Price LH, Rasmussen SA, Eisen JL. The natural history of obsessive-compulsive disorder. Arch. Gen. Psychiatry 1999; 56, 2:131-132.
29. Berthier ML, Kulisevsky JJ, Gironell A, Lopez OL. Obsessive-compulsive dosorder and traumatic brain injury: behavioral, cognitive, and neuroimaging findings. Neuropsychiatry Neuropsychol. Behav. Neurol. 2001; 14, 1: 23-31.
30. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS i in. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49: 681-689.
31. Biver F: Changes in metabolism of cerebral glucose after stereotactic leukotomy for refractory obsessive-compulsive disorder: a case report. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1995; 58, 4: 502-505.
32. Mcguire PK, Bench CJ, Frith CD, Marks IM, Frackowiak RSJ, Dolan RJ. Functional anatomy of obsessive-compulsive phenomena. Brit. J. Psychiatry 1994; 164: 459-468.
33. Irle E, Exner C, Thielen K, Weniger G, Ruther E. Obsessive-compulsive disorder and ventromedical frontal lesions: clinical and neuropsychological findings. Am. J. Psychiatry 1998; 155, 2: 255-263.
34. Swayze VW. Frontal leukotomy and related psychosurgical procedures in the era before antipsychotics (1935- 1954): a historical overview. Am. J. Psychiatry 1995; 152, 4: 505-515.
35. Baxter LR, Schwartz JM, Mazziotta JC i in. Cerebral glucose metabolic rates in non-depressed patients with obsessive-compulsive disorder. Am. J. Psychiatry 1988; 145: 1560-1563.
36. Machlin S, Harris G, Pearlson G i in. Elevated medial-frontal cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients: SPECT study. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 1240-1242.
37. Schulz P, Steimer T. Psychotropic medication, psychiatric disorders, and higher brain functions. Dialogues Clin. Neurosci. 2000; 2, 3: 177-182.
38. Snaith RP. Surgery for mental illness has been proved effective. BMJ 1997; 314: 75.
39. Baer L, Rauch S, Ballantine T, Martuza R, Cosgrove R, Cassem E, Giriunas I, Manzo P, Dimino C, Jenike M. Cingulotomy for intractable obsessive-compulsive disorder: prospective long-term follow-up of 18 patients. Arch. Gen. Psychiatry 1995; 52, 5: 348-392.
40. Krzyżowski J: Natręctwa, obsesje i kompulsje. Warszawa: „Medyk" Sp. z o.o. 2003.

Adres: Katedra Psychoterapii CM UJ
ul. Lenartowicza 14
31-138 Kraków